Basel 1956

AUS DER UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK BASEL
DIREKTOR: PROF. DR. MED. TH. KOLLER

ARBEIT UNTER LEITUNG VON PROF. DR. MED. TH. KOLLER

Das Schicksal von Mutter und Kind bei unerwünschter Schwangerschaft

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von

MADELEINE GRÄNACHER
von Laufenburg (Kt. Aargau)

STANFORD LANE MED.
LIBRARY S. FRANCISCO

1956
ART. INSTITUT ORELL FÜSSLI AG, ZÜRICH

Von der Medizinischen Fakultät genehmigt auf Antrag von
Prof. Dr. med. Th. Koller
Tag der Promotion: 5. Juli 1956

Sonderabdruck aus der
Zeitschrift für «Präventivmedizin»
Heft 9, 1956

AUS DER UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK BASEL
DIREKTOR: PROF. DR. MED. TH. KOLLER

ARBEIT UNTER LEITUNG VON PROF. DR. MED. TH. KOLLER

Das Schicksal von Mutter und Kind bei unerwünschter Schwangerschaft

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von

MADELEINE GRÄNACHER
von Laufenburg (Kt. Aargau)

1956
ART. INSTITUT ORELL FÜSSLI AG, ZÜRICH

Das Schicksal von Mutter und Kind bei unerwünschter Schwangerschaft

Von *Madeleine Gränacher*

Inhalt:

I. Einleitung und Übersicht
II. Todesfälle
III. Unerwünschte Schwangerschaft bei verheirateten Frauen
IV. Unerwünschte Schwangerschaft bei ledigen Frauen
V. Unerwünschte Schwangerschaft bei geschiedenen oder in Scheidung begriffenen Frauen
VI. Kinder
VII. Die bestehenden und geplanten Möglichkeiten ärztlicher Hilfe nach Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung.

I. Einleitung und Übersicht

Die vorliegende Arbeit versucht einen Überblick zu geben über den Verlauf von unerwünschten Schwangerschaften, nachdem eine künstliche Unterbrechung von ärztlicher Seite abgelehnt worden ist.

Die Tatsache, daß der Arzt nach Ablehnung einer Schwangerschaftsunterbrechung in den meisten Fällen nichts mehr über den weiteren Verlauf der betreffenden Schwangerschaft erfährt, läßt ihn im Zweifel über die Resultate seines Entscheids.

Was sind die Folgen für die psychische, physische und soziale Situation der Frau? Was geschieht mit dem Kind, falls die Schwangerschaft ausgetragen wird?

Vorgehen. Diese Fragen veranlaßten uns, 496 derartigen, während der Jahre 1943 bis 1951 gesammelten Fällen nachträglich nachzugehen und durch Fragebogen und Hausbesuche den späteren Verlauf der damaligen Situation zu erforschen. Auf den Fragebogen wurden die Patientinnen in neun Punkten über ihren körperlichen und seelischen Zustand bis zur Geburt und nachher, über Art und Zeitpunkt der Geburt, Zustand und Entwicklung des Kindes, über wirtschaftliche und soziale Lage befragt. Mit der letzten Frage: «Glauben Sie, daß wir damals den richtigen Weg für Sie eingeschlagen haben?» hofften wir den Standpunkt der Patientin und ihre letzten Endes aus allen vereinigten Faktoren resultierende persönliche Situation zu erkennen. Trotzdem ein erklärender Brief beigefügt wurde, haben nur 39 % aller Patientinnen die Fragen beantwortet, und auch unter diesen Antworten gab es noch solche, aus denen kein klares Bild zu gewinnen war. Als viel zuverlässiger erwiesen sich die Re-

sultate der Hausbesuche; hier konnte im persönlichen Gespräch meistens das Mißtrauen der Patientin überwunden und in ihrer Wohnung auch ein echterer Eindruck von ihrer Familie und sozialen Situation gewonnen werden.

Jahr	Fälle	Verheiratet	ledig	in Scheidung oder geschieden	nicht auffindbar	Hausbes.	Fragebogen	Schwangerschaft		Resultat		
								ausgetr.	nicht ausg.	ja	nein	fraglich
1943	27	18	2	7	6	12	9	18	3	11	6	4
1944	39	31	5	3	5	15	19	31	3	20	11	3
1945	35	25	6	4	1	16	18	31	3	20	6	8
1946	44	29	7	8	3	25	16	34	7	19	10	12
1947	72	47	20	5	8	42	22	53	11	35	16	13
1948	61	30	23	8	4	29	28	47	10	26	21	10
1949	69	50	15	4	9	39	21	56	4	30	17	13
1950	73	43	26	4	2	50	21	63	8	34	20	17
1951	76	50	20	6	4	49	23	59	13	37	23	12
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	496	323	124	49	42	277	177	392	62	232	130	92
		65%	25%	10%	8%	61%	39%	86%	14%	51%	29%	20%
				100% = 496				100% = 454				

Einzelne Fälle

Fall 1. Septischer Abort

Frau M.O.-S., Hilfsarbeiterin, stammt aus einer Familie mit 13 Kindern. Sie heiratet 19jährig und bekommt im selben Jahr ein gesundes Kind aus dieser Ehe. Sie ist ihm jedoch nicht sehr verbunden und läßt es von Anfang an bei den Großeltern aufwachsen. Vier Jahre später Trennung, nach weiteren zwei Jahren Scheidung vom Ehemann wegen außerehelicher Schwangerschaft.

25jährig kommt Frau O-S. in die Klinik mit einer Gravidität von etwa fünf Monaten und Wunsch zur Interruptio. Der Kindsvater, ein älterer Mann, Tapezierer, befindet sich selbst in äußerst schlechten Verhältnissen und denkt nicht an Heirat. Frau O-S. muß sogar teilweise für ihn aufkommen und während der Schwangerschaft körperlich schwer arbeiten. Es wird keine Interruptio durchgeführt und Frau O-S. kommt einige Monate später zur Geburt eines reifen, lebensfrischen Kindes.

Ein Jahr später wird Frau O-S. in den Spital eingewiesen mit einer Peritonitis purulenta infolge provozierten Abortes. Kurz darauf Exitus, 26jährig.

Die Patientin hatte, angeblich ohne Wissen des Kindsvaters, einen gewerbsmäßigen Abtreiber aufgesucht. Dieser wurde damals verhaftet und hat noch während der Haft Suicid verübt.

Kinder:

1. Kind: jetzt 17jährig, gesund, lebt bei den Eltern des Vaters und macht eine Mechanikerlehre.

2. Kind: war zwischen seinem ersten und zweiten Lebensjahr mehrmals im Kinderspital mit Pneumonie, Otitis, Grippe, Angina. Als Nebenbefund wurde eine Oligophrenie und Hypotonie festgestellt, als Folge davon ein Rückstand der statischen und geistigen Funktionen von mindestens zehn Monaten. Dieses Kind ist jetzt bei Pflegeeltern gut aufgehoben und soll später adoptiert werden.

Medizinische Anamnese der Frau O-S.: Vier Jahre vor ihrem Tod Spitalbehandlung wegen Cystitis und Pyelitis. Während der letzten zwei Jahre dauernd Unterleibsbeschwerden und mehrere Spitalaufenthalte wegen Adnextumor.

Fall 2. Fraglicher septischer Abort

Frau E. F-S., 24jährig, kommt im selben Jahr zweimal in die Klinik mit drohendem Abort. Seit ihrer ersten Geburt vor vier Jahren ist ihr jede weitere Schwangerschaft unerwünscht. Nach Angabe des Ehemannes handelt es sich um Bequemlichkeit und um schlechten Einfluß der Mutter der Patientin. Finanziell bestehen geordnete Verhältnisse. Zweimal kam es zu einem vollständigen Abort, einmal konnte die Schwangerschaft erhalten und ein zweites Kind geboren werden. Nach dieser Geburt ließ Frau E. F-S. jeden Monat eine Ätzung vornehmen zum Schutz gegen eine neue Schwangerschaft. Zwei Jahre später traten Endometritis und Adnexitis auf und weitere sieben Monate später wird die Patientin in den Spital eingewiesen mit septischer Pelveoperitonitis, der sie kurz darauf erliegt. Ein Abort konnte nicht sicher nachgewiesen werden.

Soziale Anamnese: Frau F-S. wuchs mit sechs Geschwistern in einer Familie auf, in der keine finanzielle Not, aber schlechte Beziehungen zwischen den Eltern herrschten. Die Mutter führte ein außereheliches Leben und hatte allein Einfluß auf die Kinder. Der Vater war zum Trinker geworden.

Kinder: 1. Kind: jetzt 15jährig, hat sich gut entwickelt, leidet jedoch an Asthmaanfällen wie die Mutter, unentschlossener Charakter.

2. Kind: hat congen. Linsentrübung, sonst gut entwickelt. Jetzt 11jährig. Guter Schüler, will Lehrer werden. Beide Kinder sind beim Vater und der Stiefmutter gut aufgehoben.

Nr.	Initiale	Geb.-Dat.	Zivilstand	Kinderzahl	Soziale und persönliche Anamnese	Schw. Mt. bei m Eintritt ins Frauenspital	Gründe des negativen Desiderіums		
							phys.	psych.	soz.
1	M.O-S.	1918	getrennt	1	Schw. außerehelich, führt zu Scheidung. Finanz. sehr schlechte Verhältnisse. Frau arbeitet.	5–6	+		+++
2	E.F-S.	1919	verh.	1	In schlechtem Milieu aufgew. Vater Trinker. 2mal Ab. imm. Ehe schlecht, Finanz. Verhältnisse recht.	3–4	+++		
3	E-L.	1910	verh.	2	Im Moment der Begutachtg. floride fieberh. Myelose. Pat. körp. u. seel. nie völlig ausgereift, steht aber pos. zur Schw.	3	+++		
4	K.F-H.	1909	verh.	1	Schlechter A.Z. seit 1. Geb. – Tox. Struma. «Nerven». Med. abusus.	3–4	+++	++	
5	V.M-W.	1910	verh.	4	Seit letzter Geb. offene beidseit. kav. Lungentbc. Soz. Verh. schlecht. Pos. Einst. zum Kind.	3	+++		+++
6	E.K-W.	1921	verh.	1	Dekomp. Vitium cordis u. Myocarditis, aufgetreten bei 1. Geb. – Hypothyreose. Gute soz. Verhältn. Pos. Einst.	?	+++		
7	E.S-M.	1923	verh.	1	1mal Ab.m.2; 1.Geb.: Sectio. Im Mom. d. Begutachtung: Porphyrinurie m. psych. Anom., chron. Cystitis, Ab. imm.	6	+++	+++	
8	R.B-Th.	1906	verh.	6	Myom, gr. Blutverluste b. den letzt. Geburten. Geschwächt. Schizophrenie und Suicid in d. Fam. – Soz. Verhältnisse gut, Pos. Einstellung.	2–3	++	++	
9	G-B.	1913	in Scheidung	0	Ehe angebl. wegen Kinderlosigkeit geschieden (nach 15 J.) Ehe schlecht von Anfang an, Untreue des Mannes. Neurose. Soz. Verhältn. gut.	3		+++	

fälle

Geburt	Kind	Einfluß der Schwangerschaft	Subj. Resultat	Exitus	Ursache
11.43	Entwick.-Rückstd. Sehr anfäll. für Infekt. Oligophrenie Hypotonie	Verschlechterung des soz. u. psych. Zustandes.	neg.	8.44	Bei 3. Schw. Ab. febr. incompletus Peritonitis purulenta
12.43	Kongen. Linsentrüb. sonst gute Weiterentwicklung	verstärkte Ablehng. einer weiteren Schw.	neg.	9.46	Seit 2. Schw. monatl. Ätzungen zur Schw.-verhütung. Führt zu: Adnexitis, Endometritis u. diffus. sept. Peritonitis m. Abszeß
3.44	gute Entwicklung	keine Verschlechterung des Zustandes	pos.	5.47	Multiple Sklerose
3.45	gute Entwicklung	?	neg.	3.51	Herz- und Kreislaufversagen infolge Sectio caes.
1.45	gute Entwicklung	?	pos.	12.47	Lungentbc.
3.46 Sectio	gute Entwicklung	Verstärkte Dekomp. erscheinungen, schw. Stauung	pos.	4.50	Art. Embolie, Lungenödem, Urämie
—	—		neg.	3.49	Porphyrie
9.47	gute Entwicklung	Seit dieser Geb. verstärkte Müdigkeit	pos.	9.51	Mamma-Carcinom
—	—		neg.	4.51	Ab. febr. incompl. nach Seifenwasserspülung, Peritonitis, Urämie

Fall 5. Todesfall bei Lungentuberkulose

Frau V.M-W., erkrankt 26jährig, drei Monate nach ihrer vierten Geburt, an offener Lungentuberkulose mit Kavernen. Mehrere Höhenkuren während der nächsten Jahre müssen jedesmal aus finanziellen Gründen abgekürzt werden. Der kavernöse Prozeß hat inzwischen auch auf die andere Lunge übergegriffen.

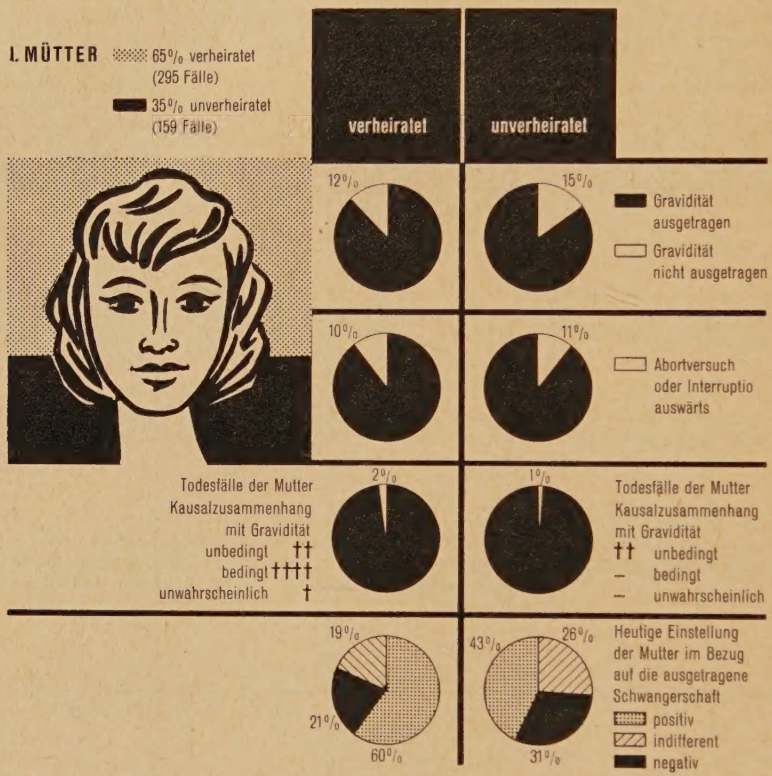

Abb. 1. Die hohe Zahl ausgetragener Schwangerschaften darf uns nicht darüber täuschen daß in vielen dieser Fälle trotzdem negative Ergebnisse vorliegen, besonders in der Gruppe der unverheirateten Mütter: sei es, daß die sozialen Verhältnisse für die Alleinstehende untragbar wurden, oder daß, besonders bei jungen Mädchen, die Beziehung zur Familie, zum Kindsvater und manchmal auch zum Kind dauernd gestört blieben.

Acht Jahre nach ihrer letzten Geburt wird Frau M-W. von ihrem Hausarzt zur Unterbrechung ihrer drei Monate alten fünften Schwangerschaft und zur Sterilisation eingewiesen. Die Patientin befindet sich in stark herabgesetztem Kräftezustand, auch hat ein frischer pleuritischer Erguß stattgefunden, dennoch wird die Schwangerschaftsfähigkeit vom Internisten bejaht. Weniger als drei Jahre nach dieser Geburt stirbt die Patientin an dem nun beschleunigt verlaufenen Krankheitsprozeß.

Fall 6. Todesfall bei congen. Mitralvitium

Frau E.K-W. ist eine Patientin mit congen. Mitralvitium, das mit 14 Jahren anläßlich einer Tonsillektomie festgestellt, aber erst mit 21 Jahren bei ihrer ersten Geburt manifest wurde. Während der Schwangerschaft traten zeitweise Ödeme auf, nach der Geburt schwere Kreislaufstörungen. Seit dieser Zeit war dauernd eine ambulante ärztliche Behandlung nötig.

25jährig, bei ihrer zweiten Schwangerschaft sind die Herzbeschwerden bedeutend gesteigert. Die Patientin wird durch Sectio caesarea entbunden und zugleich sterilisiert. Im Wochenbett nehmen die Dekompensationserscheinungen stark zu: Beginn eines Lungenödems und ungenügende Diurese. Bis zum Spitalaustritt können jedoch diese Symptome behoben werden.

Vier Jahre später plötzliches Herzversagen mit embolischem Verschluß beider Venae femorales, Urämie und Lungenödem.

Die *Sektion* zeigt schwere rezidive Endokarditis der Mitralklappe mit starker Stenose des Ostium mitrale und leichter Stenosierung des Ostium tricuspidale. Außerdem schwerste Veränderung aller parenchymatösen Organe durch die chronische Stauung.

Fall 9 siehe unter «In Scheidung begriffene Frauen».

III. Unerwünschte Schwangerschaften bei verheirateten Frauen

323 Fälle = 65% aller begutachteten Fälle

Antworten: 301 = 93%

Von den bearbeiteten Fällen haben

die *Schwangerschaft ausgetragen*	264	= 88%
die *Schwangerschaft nicht ausgetragen*	37	= 12%

Kinder:

gesund	205½	= 78% (Zwilling)
leicht krank	45½	= 17% (Zwilling)
schwer krank	6	= 2%
gestorben	5	= 2%
nicht feststellbar	2	= 1%

Gesundheitszustand der Mütter nach der Geburt:

gut	165	= 63%
schlecht	83	= 31%
gestorben	5	= 2%
nicht feststellbar	11	= 4%

Resultat:

positive Einstellung der Mutter zur damals ausgetragenen Schwangerschaft . .	172	= 57%
negative Einstellung	79	= 26%
Indifferent	50	= 17%

Bei den verheirateten Frauen sind drei Hauptursachen der negativen Einstellung zur Schwangerschaft hervorgetreten:

1. Der Gesundheitszustand bzw. das Alter der Mutter.
2. Finanzielle Schwierigkeiten, wenn schon mehrere Kinder vorhanden sind.
3. Unharmonische Ehe.

Selbstverständlich ist in den Fällen, da die Schwangerschaft nicht ausgetragen wurde, die Einstellung negativ geblieben. Ist aber das Kind geboren worden, so hat sich in den meisten Fällen in den späteren Stadien seiner intrauterinen Entwicklung, spätestens bei seiner Geburt eine Wandlung der mütterlichen Gefühle im positiven Sinne vollzogen. So ist in einigen Fällen das Kind zum Bindeglied zwischen einander entfremdeten Eltern geworden.

Einzelne Fälle

Zu. 1.: Gesundheitszustand der Mutter

Die große Zahl der sich nach der Geburt nicht gesund fühlenden Mütter sagt nichts aus über den Zusammenhang dieses Zustandes mit der Geburt. Aber es hat sich doch erwiesen, daß für schon bestehende Beschwerden irgend welcher Art die Schwangerschaft eine Krisenzeit bedeutet und die Geburt manchmal ein Fortschreiten des Krankheitsprozesses begünstigt und beschleunigt. Nur in drei Fällen fühlte sich die Frau nach der Geburt ausdrücklich wohler als vorher.

Diabetes und Schwangerschaft:

a) Im Falle von Frau B. hat sich während der Schwangerschaft ein Diabetes entwickelt, der aber erst nach der Geburt objektiv festgestellt und behandelt werden konnte. Die Geburt war im siebenten Monat sehr plötzlich erfolgt, das Kind noch unreif und, wie sich später erwies, schwer geschädigt. Es ist taubstumm, hat erst mit 3½ Jahren gehen gelernt und noch keinerlei Entwicklung seines Bewußtseins gezeigt.

Von der Austragung einer zwei Jahre später eingetretenen Schwangerschaft wurde Frau B. nicht abgeraten, da sich der Diabetes einigermaßen konstant gehalten hatte. Aber die Angst vor einem zweiten anomalen Kind hat die Eltern während dieser Zeit schwer belastet. Auch nach dem sich das Kind jetzt nach dreijähriger Entwicklung als völlig normal erwiesen hat, sind die Eltern

über ihre damaligen Befürchtungen noch nicht hinweggekommen und möchten unter allen Umständen eine dritte Schwangerschaft vermeiden.

b) Eine 34jährige Primipara, die aus einer Diabetiker-Familie stammt und seit ihrem 15. Altersjahr an Diabetes gravis leidet, hat vor drei Jahren einen spontanen Abort durchgemacht. Trotzdem ihr von einer weiteren Schwangerschaft abgeraten wird, hofft sie ein Kind austragen zu können, um ihrer Ehe einen neuen Inhalt zu geben. Da gegen Ende der Gravidität eine Nephropathie und bei der Geburt eine mechanische Geburtshemmung auftritt, muß die Sectio caesarea durchgeführt werden. Das Kind ist reif und normal entwickelt, stirbt aber am zweiten Lebenstag an Aspirationspneumonie. Auch ist bei ihm eine Hypoglykämie festgestellt worden.

Der *Sektionsbefund* lautet: schwere allgemeine Zyanose bei Offenbleiben des Ductus Botalli. Hyperplasie der Nebennieren. Keine Mißbildung.

Die Patientin gibt an, sich subjektiv während der Schwangerschaft wohler gefühlt zu haben als je zuvor und auch weniger Insulin zu benötigen seither. Im Wochenbett sind aber Visusverschlechterung, anhaltende Kopfschmerzen und starke Schwankungen des Blutzuckergehaltes aufgetreten.

Jedenfalls haben hier psychische Faktoren einen großen Einfluß entwickelt. Die Patientin ist mit einem viel älteren Mann verheiratet, der schon zwei erwachsene Söhne aus erster Ehe hat und keine weiteren Kinder wünschte. Die Patientin dagegen war erfüllt von der Hoffnung auf das Kind und hatte sogar in Gedanken an dieses während der Schwangerschaft einen Garten erworben und gepflegt. Es ist nicht erstaunlich, daß sich auch ihr körperlicher Zustand verschlechterte, als beim Verlust des Kindes alle ihre Hoffnungen zusammenbrachen.

Tuberkulose und Schwangerschaft:

a) siehe Todesfälle.

b) Trotz Lungen- und Blasentuberkulose war bei der 26jährigen Frau B. eine normale Schwangerschaft und die Geburt eines gesunden Kindes möglich. Erst die sich im darauffolgenden Jahr ereignende Frühgeburt (mens 6) hatte eine rapide Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes zur Folge: im selben Jahr Befall der zweiten Lunge, Peritonitis-tbc, doppelseitige Nieren-tbc, Adnexitis und Endometritis.

Frau B. steht positiv zur Austragung ihrer ersten Schwangerschaft, kann aber nicht begreifen, daß man sie damals nicht vor einer weiteren Schwangerschaft gewarnt hat.

Multiple Sklerose und Schwangerschaft:

a) Siehe Todesfälle. Bei der Schwangerschaftsbegutachtung dieses Falles, $3\frac{1}{2}$ Jahre vor ihrem Tod, hatte sich angeblich in den ersten drei Monaten der

Schwangerschaft keine Verschlimmerung, eher Besserung des klinischen Verlaufes gezeigt.

b) und c) In zwei weiteren Fällen von jetzt weit fortgeschrittener multipler Sklerose sind die ersten Symptome im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft aufgetreten: im ersten Fall drei Monate nach der Geburt schwere Sehstörungen, Übelkeit und Schwindel. Im zweiten Fall gegen Ende der Schwangerschaft Parästhesien der Finger und Sehstörungen.

Die aus diesen Schwangerschaften entstandenen Kinder sind bis jetzt in allen Fällen gesund.

In vier Fällen traten im Zusammenhang mit der Schwangerschaft *Gallensteinbeschwerden* auf.

Epilepsie und Schwangerschaft:

a) In einem Fall von genuiner Epilepsie trat der erste Anfall während der Schwangerschaft auf. Es folgte eine Periode häufiger, besonders nächtlicher Anfälle. Das aus dieser Schwangerschaft stammende sowie zwei später geborene Kinder sind bis jetzt gesund.

b) In einem weiteren Fall von genuiner Epilepsie verminderten sich die Anfälle während der Schwangerschaft, häuften sich aber nach der Geburt, besonders während der Stillperiode. Die Mutter empfindet das Resultat dieser Schwangerschaft als negativ für sie selbst, aber als positiv für das Kind.

Schwangerschaft bei über 40jährigen Frauen:

In drei Fällen klagen über 40jährige Mütter, nicht mehr über genügend Kraft und Geduld zu verfügen, um kleine Kinder aufzuziehen:

Spät verheiratet, hat Frau M. mit 40 Jahren ihre erste, ein Jahr später die zweite Schwangerschaft durchgemacht. Beide Kinder wurden durch Sectio entbunden. Frau M. blieb nach diesen Geburten vier Jahre lang so sehr geschwächt, daß sie sich nicht einmal mehr der Arbeit im eigenen Haushalt gewachsen fühlte, wo sie doch noch auswärts hätte arbeiten sollen wegen ungenügenden Einkommens des Mannes.

Das erste, jetzt neunjährige Kind ist schwachsinnig und hat eine Lungentuberkulose. Das zweite Kind ist soweit gesund, hat aber auch Mühe mit der Schule.

Beide Eltern lieben ihre Kinder und sorgen gut für sie, sind aber jetzt noch der Ansicht, daß die Mühe, die ihnen dadurch entsteht, über ihre Kräfte geht.

Schwierige soziale Verhältnisse:

a) Frau W. hat seit ihrer Ehe immer selbst für ihren Unterhalt aufkommen müssen, da ihr Mann nur zeitweise arbeitete. Nach ihrer fünften Geburt saß er

wegen Unterschlagung mehrere Monate im Gefängnis. Die fünf Kinder mußten alle in Pflegefamilien untergebracht werden. Als dann die sechste Schwangerschaft schon weit fortgeschritten war und Frau W. nirgends mehr Arbeit fand, half sie in der Verzweiflung ihrem Mann bei einer Betrügerei und mußte nach der Geburt selbst eine Gefängnisstrafe absitzen. Das Kind zeigte schon bei der Geburt eine schwere Rachitis und wurde sofort zur Adoption gegeben.

b) Frau G. sah sich gezwungen, wegen der Trunksucht ihres Mannes zeitweise bei ihrer Mutter zu wohnen. Ihr erstes Kind ist sechs Monate alt an einer Pneumonie gestorben. Das im darauffolgenden Jahr geborene zweite Kind mußte wegen schwächlicher Konstitution in einem Kinderheim untergebracht werden. Da Frau G. während jeder Schwangerschaft unter der Eifersucht ihres Mannes besonders zu leiden hatte, wollte sie eine dritte Gravidität nicht austragen. Da ihr die Schwangerschaftsunterbrechung nicht bewilligt wurde, kam es auf privatem Wege zu einem infiziertem Abort, von dem sie sich aber erholen konnte.

IV. Unerwünschte Schwangerschaften bei ledigen Frauen

124 Fälle = 25% aller begutachteten Fälle.

Alter: 17–42 Jahre. Im Mittel 26.

Antworten: 108 = 87% dieser Fälle.

Von den bearbeiteten Fällen haben

die *Schwangerschaft ausgetragen*	93	= 86%
die *Schwangerschaft nicht ausgetragen* . . .	15	= 14%

Seither verheiratet: 57 = 53%

etwa die Hälfte davon hat den Kindsvater geheiratet.

Das *Kind* befindet sich:

bei der Mutter oder in deren Familie . .	59	= 64%
bei Adoptiv- oder Pflegeeltern	16	= 17%
keine Angaben darüber erhalten	17	= 19%
gestorben	1	

Resultat:

positive Einstellung der Mutter zur damals ausgetragenen Schwangerschaft . . .	50	= 46%
negative Einstellung	27	= 25%
Indifferent	31	= 29%

Beispiele betreffend:

1. Situation der unehelich Schwangeren in ihrer Familie

a) Als günstigste Lösung erweist sich, wenn die uneheliche Mutter mit dem Kind bei ihren Eltern Aufnahme findet.

So hat sich zum Beispiel in einem Fall von unehelicher Mutterschaft eine völlig harmonische Familiengemeinschaft im großelterlichen Haushalt entwickeln können. Das jetzt neunjährige unehelich geborene Mädchen ist ungewöhnlich begabt und bildet den Mittelpunkt dieser Familie und das Ziel ihrer Anstrengungen.

b) Leider kann aber ein großer Teil dieser unehelich Schwangeren nicht von den Eltern aufgenommen werden, da es

1. noch viele Eltern gibt, die aus Angst vor der Schande nicht zu ihrer Tochter zu stehen wagen;

2. da viele dieser Mädchen selbst unehelich geboren und bei Pflegeeltern oder im Waisenhaus aufgewachsen sind.

Daraus folgen oft trostlose Situationen:

Fräulein E. ist selbst eines von sieben unehelichen Kindern, von denen die Mutter keines bei sich behalten hat. Die Pflegemutter von Fräulein E. war debil, Alkoholikerin und betätigte sich als Zuhälterin. Die progressive Paralyse des Pflegevaters mußte Fräulein E. als Kind auch miterleben, so daß sie körperlich und seelisch ohne jegliche Widerstandskraft ins Leben trat. Sie bewährte sich auch nirgends an ihren Arbeitsplätzen, wurde als gleichgültig, unehrlich und verträumt bezeichnet und ließ sich dann freiwillig bevormunden.

Als einzige glückliche Periode ihres Lebens schildert Fräulein E. die Zeit ihrer Freundschaft mit dem späteren Kindsvater. Da dieser aber mit einem andern Mädchen verlobt war, hat Fräulein E. ihn nichts von ihrer Schwangerschaft wissen lassen.

Ein Besuch bei ihrer wirklichen Mutter erschreckte Fräulein E. am Anfang ihrer Schwangerschaft so sehr, daß sie beschloß, die Schwangerschaft nicht auszutragen, aus Angst, daß ihr Kind zu ebensolcher Haltlosigkeit verurteilt sein könnte wie ihre Mutter und sie selbst. Sie drohte dann auch mit Suicid, als die Schwangerschaftsunterbrechung abgelehnt wurde. Dies führte zu einer mit polizeilicher Hilfe durchgeführten Einweisung in die Nervenheilanstalt, wo sie das Kind austragen sollte. Sie beteuert jedoch, niemals ernsthafte Suicidabsichten gehabt, sondern sich nur dieser Rolle bedient zu haben, um die Schwangerschaftsunterbrechung zu erzwingen. Im siebenten Monat ist es dann zu einer Frühgeburt gekommen und zum Tod des Kindes am zweiten Lebenstag. Die Eindrücke dieser Schwangerschaft, während der sich Fräulein E. ganz unverstanden fühlte, hat sie bis jetzt noch nicht überwinden können, und ist dadurch für ihr ganzes weiteres Leben in den seither vergangenen sieben Jahren negativ beeinflußt worden.

Die Unterbringung von unehelich Schwangeren in Nervenheilanstalten hat sich auch in andern Fällen als ungünstig erwiesen.

2. Spätere Heirat von unehelichen Müttern:

a) Positiv sind uneheliche Schwangerschaften in vielen Fällen dann verlaufen, wenn sich die uneheliche Mutter inzwischen ohne Zwang mit dem

Kindsvater oder sonst hat verheiraten können und ihr uneheliches Kind bei sich haben kann.

So hat zum Beispiel Fräulein K., solange sie für sich und ihr Kind allein aufkommen mußte, sehr darunter gelitten, daß sie ihr Kind in fremde Pflege geben mußte. Seitdem sie aber einen Ehemann gefunden hat, der auch ihr uneheliches Kind annahm, hat sie eine restlos positive Einstellung zur Austragung ihrer damals unerwünschten Schwangerschaft gewonnen.

Dagegen ist eine andere uneheliche Mutter dauernd unglücklich geblieben, auch nach ihrer Heirat und zwei ehelichen Geburten, weil sie ihr unehelich geborenes erstes Kind, das ihr besonders lieb ist, nicht zu sich nehmen durfte.

b) Wird das vom Kindsvater im Moment der Schwangerschaft gegebene Heiratsversprechen später nicht gehalten, so kann es bei der unehelichen Mutter zu verzweifelten Reaktionen kommen. Meistens wird in solchen Fällen auch die Gefühlsbindung an das Kind zerstört.

Fräulein N. ist ein 28jähriges italienisches Küchenmädchen, das aus einer geordneten und mit Geisteskrankheiten unbelasteten Familie stammt. Sie selbst wird als zuverlässige, gütige, jedoch von jeher eher depressiv gestimmte Persönlichkeit geschildert. Nach einer enttäuschten Freundschaft mit einem sozial höher gestellten Mann in ihrer Heimat sucht sie Arbeit in Basel. Hier befreundet sie sich mit einem Tessiner Handwerker, einem kindlichen, unentschlossenen Typ, der in Geldschulden steckt. Dennoch hofft sie ihn zu heiraten, als sie von ihm schwanger wird. Diese Hoffnung hilft ihr, die Schwangerschaft nach anfänglichen Bedenken zu akzeptieren und auszutragen. Nach der Geburt muß sie jedoch einsehen, daß der Kindsvater sie nie heiraten wird, und es entsteht daraus ein Vaterschaftsprozeß. Die Angst, den Eltern dies mitzuteilen, und die Frage, was aus ihr und dem Kind werden soll, belasten sie so sehr, daß hochgradige Aufregungszustände über sie kommen. Auch nachdem eine gütliche Einigung mit dem Kindsvater zustande gebracht wird und die Eltern ihr und dem Kind helfen wollen, kommt sie nicht mehr zur Ruhe und muß mehrmals wegen depressiver und paranoid gefärbter Erregungszustände interniert werden.

Das Kind ist von den Großeltern liebevoll aufgenommen worden.

c) Es sind auch einige Fälle vorgekommen, in denen die Schwangere angeblich gegen ihren Willen durch die Fürsorge zu einer Heirat mit dem Kindsvater gedrängt wurde. In zwei dieser Fälle, die genauer beurteilt werden konnten, ist die Ehe bereits wieder geschieden und die Frauen stehen allein mit mehreren Kindern.

3. Wiederholte uneheliche Schwangerschaften:

Es hat sich immer wieder gezeigt, daß Frauen, die einmal eine uneheliche Schwangerschaft durchmachten, es später zu weiteren solchen kommen lassen.

So ist es in zwei Fällen bei Mädchen, die selbst aus ungeordneten Familienverhältnissen stammen, innerhalb von vier Jahren zu drei unehelichen Geburten gekommen. In beiden Fällen wurde darnach die Sterilisation durchgeführt. Die Schwangerschaften stammten jeweils von verschiedenen Kindsvätern.

Im einen Fall wurden alle drei, im andern zwei Kinder zur Adoption gegeben. Beide Mütter fühlen sich gar nicht mit ihren Kindern verbunden.

V. Unerwünschte Schwangerschaften bei Geschiedenen oder in Scheidung begriffenen Frauen

49 Fälle = 10% aller begutachteten Fälle.

Antworten: 44 = 90% dieser Fälle.

Von den beurteilten Fällen haben

die *Schwangerschaft ausgetragen*	36	= 80%
die *Schwangerschaft nicht ausgetragen* . .	8	= 20%

Das *Kind* befindet sich heute:

bei der Mutter oder in deren Familie . .	16½	= 47% (Zwilling)
bei Adoptiv- oder Pflegeeltern	13½	= 39% (Zwilling)
keine Angaben erhalten	2	= 6%
gestorben	3	= 8%

Resultat:

Positive Einstellung der Mutter zur damals ausgetragenen Schwangerschaft . . .	10	= 23%
negative Einstellung	24	= 54%
Indifferent	10	= 23%

Wiederverheiratet haben sich inzwischen nur 7 Frauen = 16%, davon ist eine bereits wieder geschieden.

Es geht aus den Resultaten dieser Untersuchung hervor, daß im Vergleich zu den ledigen Schwangeren eine geschiedene oder sich in Scheidung befindende Frau im allgemeinen eine noch tiefere und ernstere Abneigung gegen eine Schwangerschaft hat. Auch ist in weniger Fällen später eine glückliche Lösung für beide, sowohl Mutter als auch Kind, möglich gewesen.

Diese Tatsachen sind wohl hauptsächlich auf folgende Umstände zurückzuführen:

1. Ein Teil (aus den Angaben zu schließen mindestens ein Viertel) dieser Schwangerschaften sind außerehelich und nicht nur Folge, sondern zum Teil auch Ursache der Scheidung.

2. In vielen Fällen sind schon mehrere Kinder vorhanden, so daß die soziale Situation für die alleinstehende Mutter sehr schwierig ist.

3. Meistens ist die Frau durch schon jahrelang dauernde zerrüttete Eheverhältnisse körperlich und seelisch so stark geschwächt, daß sie der zusätzlichen Belastung einer Schwangerschaft und Geburt kaum mehr gewachsen ist.

Immer wieder findet sich auf den Fragebogen die Bemerkung, daß der Mann Trinker und arbeitsscheu sei und daß die Frau mit den Kindern während der Schwangerschaft sich selbst überlassen war, oder auch, daß die Frau während der Schwangerschaft von ihrem Manne mißhandelt wurde.

Beispiele:

Von den insgesamt neun Todesfällen sind nur zwei sicher durch künstlichen Abort zustande gekommen. Beide Fälle gehören in die Gruppe der in Scheidung begriffenen Frauen.

Der 1. Fall wurde unter «Todesfälle» beschrieben.

Der 2. Fall betrifft Frau G., die, um ihre Ehe zu retten, sich sehnlichst ein Kind gewünscht und mehrere Ärzte deswegen aufgesucht hatte. Während der 15 Jahre ihrer Ehe wurde sie jedoch nie schwanger, und die Ehe scheiterte angeblich aus diesem Grunde. Als es nun aber während der Scheidung zu einer außerehelichen Schwangerschaft kam, erschütterte dies die schon stark belastete Psyche der Frau so sehr, daß sie eine Seifenwasserspülung vornahm und einer anschließenden Peritonitis mit Urämie erlag. Die psychischen Umstände dieser Handlung sind leider nicht genauer aufzuklären, da der Mann sich gegenwärtig im Zuchthaus befindet. – Frau G. war sechs Monate vor ihrer Schwangerschaft wegen neurotischer Beschwerden in Spitalbehandlung gewesen.

VI. Kinder

Ausgetragene Schwangerschaften: 392 = 86% aller begutachteten Fälle.

Von den Kindern sind:

a) bis jetzt ganz gesund	271	= 69%
b) leicht geschädigt	78	= 29%
c) schwer geschädigt	16	= 4%
d) gestorben	12	= 3%
e) keine genügenden Angaben erhalten	15	= 4%

Die Angaben entsprechen den mündlichen oder schriftlichen Antworten der Mütter.

Unter b) wurden diejenigen Fälle angeführt, die als «Sorgenkinder» gelten, darunter solche, bei denen Ernährungsschwierigkeiten oder erhöhte Anfälligkeit für Infektionskrankheiten oder allergische Reaktionen bestehen. Auch Charakteranomalien und Hemmungen der körperlichen oder geistigen Entwicklung wurden zu dieser Gruppe gerechnet.

Vom Zustand des Kindes aus ergeben sich folgende *Resultate:*

Positiv	278	= 74%
Negativ	18	= 5%
Fraglich	81	= 21%

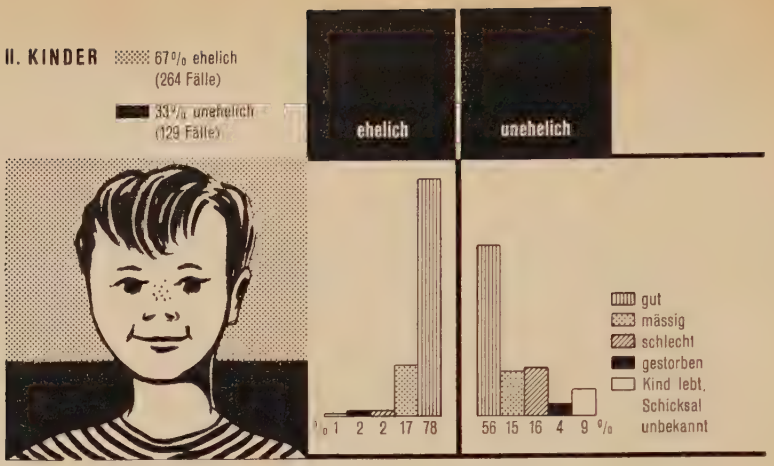

Abb. 2. Die Beurteilung der Kinder ist insofern schwierig und fragwürdig, als diese bis zum Abschluß der Tabelle höchstens das Primarschulalter erreicht haben und in ihrer psychischen Entwicklung noch nicht geformt sind.

Zu «negativ» wurden nur die nicht lebensfähigen und schwerst geschädigten Kinder gerechnet.

Zu «fraglich» jene, die körperlich oder psychisch reduziert sind. Die sozialen und familiären Verhältnisse wurden nur in krassen Fällen miteinbezogen.

Zur Gruppe «positiv» wurden jene Kinder gezählt, bei denen die Mütter bisher keine, weder körperliche noch psychische Schäden bemerkt haben.

Jahr	Anzahl Fälle	keine Angaben	gesund	leicht geschädigt	schwer geschädigt	gestorben
1943	18	1	12	3	2	–
1944	31	1	20	4	4	2
1945	31	0	22	6	1	2
1946	34	3	15	13	3	1
1947	52	1	32	14	2	3
1948	47	4	32	9	1	–
1949	56	2	41	12	1	1
1950	63	1	48	11	1	2
1951	60	2	49	6	1	1
	392	15	271	78	16	12

Es ist aber sinnvoller, die einzelnen Jahrgänge getrennt zu betrachten, da sich verschiedene Entwicklungsstufen nicht miteinander vergleichen lassen.

Schicksal der Kinder nach Altersgruppen

I. Gruppe:

7- bis 11jährige Kinder (in den Jahren 1943–1947 geboren)

Anzahl Kinder: 166 = 42 % der ausgetragenen Schwangerschaften
= 100 % der Fälle dieser Gruppe.

Körperlicher und seelischer Zustand

gut	102 = 61 %		
mäßig	33 = 20 %		
schlecht	18 = 11 %	6	psychosomat. geschädigt (Epilepsie, Oligophrenie u. a.)
		3	Tbc
		1	Rachitis
		8	übrige Krankheiten
gestorben	7 = 4 %	6	nicht lebensfähig
		1	an Unfall, dreijährig
keine Angaben (Kind lebt)	7 = 4 %		

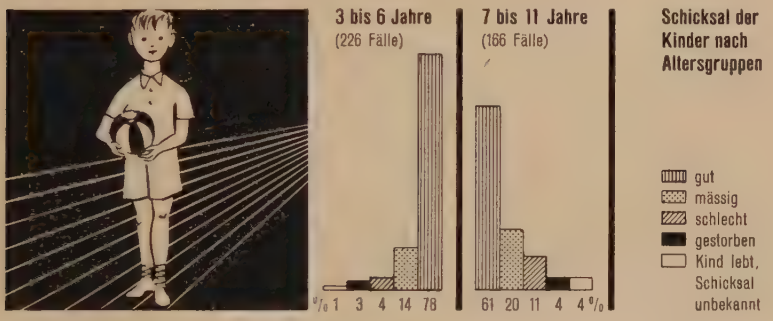

Abb. 3. Die Gegenüberstellung jüngerer und älterer Altersgruppen zeigt, daß sich negative Tendenzen mit zunehmendem Alter stärker auswirken.

II. Gruppe:

3- bis 6jährige Kinder (in den Jahren 1948–1951 geboren)

Anzahl Kinder: 226 = 58 % der ausgetragenen Schwangerschaften
= 100 % der Fälle dieser Gruppe.

Körperlicher und seelischer Zustand

gut	175 = 78 %		
mäßig	32 = 14 %		
schlecht	9 = 4 %	4	psychosomat. geschädigt
		1	Tbc
		3	Rachitis
		1	übrige Krankheiten

gestorben	3 =	1%	2 nicht lebensfähig 1 an Pneumonie, zweijährig
Kind lebt, Schicksal unbekannt	7 =	3%	

Beispiele:

Gesunde Kinder

1. Siehe Beispiel 1 bei ledigen Schwangeren.

2. Auch aus trostlosen Verhältnissen kann ein gesundes und glückliches Kind hervorgehen, wenn es bei geeigneten Pflegeeltern aufwachsen kann:

D.H. ist das uneheliche Kind einer Mutter, die mit Debilität, Epilepsie und Alkoholismus schwer belastet ist und nach der unehelichen Geburt interniert werden mußte mit Schizophrenie. – Noch vor der Internierung hatte sie selbst ihre Nachbarin gebeten, für ihr Kind zu sorgen. D. ist nun seit über drei Jahren mit drei andern Kindern zusammen in dieser Familie aufgewachsen und hat sich bisher körperlich und psychisch sehr gut entwickelt und keinerlei auffällige Charaktereigenschaften gezeigt. Die Mutter ist inzwischen sterilisiert worden und hat sich soweit erholt, daß sie sich verheiraten konnte, jedoch bisher noch ohne das Verlangen, ihr Kind wieder zu sich zu nehmen.

Schwierige Kinder

Schon das neugeborene, wahrscheinlich auch das noch ungeborene Kind spürt unbewußt und leidet, wenn es von seiner Mutter abgelehnt wird. Da ihm aber noch keine andere Ausdrucksmöglichkeit zur Verfügung steht, äußern sich seine Empfindungen als Störung körperlicher Funktionen. Das ist wahrscheinlich mit die Ursache vieler als Nervosität, Schwererziehbarkeit und ähnlicher bezeichneter Eigenschaften. Vielleicht sind auch Anfälligkeit für Infektionskrankheiten, allergische Hauterscheinungen, Ernährungs- und Verdauungsstörungen ein Ausdruck psychischer Empfindungen.

So hat sich der als zweites uneheliches Kind geborene, jetzt neunjährige F.S. zu einem außerordentlich widerspenstigen, verschlossenen und angeblich verlogenen Burschen entwickelt. Er wurde von seiner Mutter bei einem alten Fräulein untergebracht, die als Pflegemutter für ihn ganz ungeeignet und erzieherisch ihm keineswegs gewachsen ist. Seine Mutter interessiert sich nicht weiter für ihn und empfindet die Klagen der Pflegemutter nur als Belästigung. – Ihr erstes uneheliche Kind, jetzt 16jährig, lebt mit ihr im Hause ihrer Eltern, das heißt ihres Vaters und der Stiefmutter. Das Kind ist aber auch voller Auflehnung und Verachtung für seine Mutter.

Beide Kindsväter sind verheiratete Männer und nehmen längst nicht mehr Teil am Schicksal, das sie verursacht haben.

Schwer geschädigte Kinder

1. In der Familie U. herrscht deshalb große Unzufriedenheit, weil die Frau sich im Haushalt mit der Arbeit und den Ausgaben nicht einteilen kann, und weil wegen ihrer Schwerhörigkeit immer Mißverständnisse mit den Nachbarn entstehen.

Aus dieser Ehe stammen drei Kinder. Bei der zweiten und dritten Schwangerschaft haben die Eltern eine Unterbrechung gewünscht. Während das erste, jetzt siebenjährige Kind zwar nicht kräftig aber doch normal ist, hat sich beim zweiten, sechsjährigen, eine geistige Entwicklungshemmung mit einem schweren Sprachfehler gezeigt. Beim dritten, jetzt fünfjährigen Kind besteht zudem noch eine körperliche Entwicklungsstörung: es ist mit Hasenscharte und Wolfsrachen geboren und macht den Eltern außer in finanzieller Hinsicht auch charakterlich große Mühe. Es ist nicht zum Essen zu bringen, schleckt aber gerne Süßigkeiten und läßt man es allein, so ißt es Kot und versucht sich mit scharfen Gegenständen zu verletzen.

2. Bei Frau B. war am Anfang der Schwangerschaft eine Lues festgestellt worden. Ihr Mann, der sich während des Landdienstes infiziert hatte, mußte sich in Spitalbehandlung begeben und dadurch seine Arbeit unterbrechen, was für Frau B. an sich schon eine große Belastung war mit ihren drei Kindern. Dazu kam die mit fortschreitender Schwangerschaft immer größer werdende Angst vor den Folgen der Infektion für das erwartete Kind. – Dieses schien jedoch in den ersten Lebensjahren völlig gesund. Erst im Schulalter traten epileptische Anfälle auf, und es zeigte sich, daß das Kind in der Schule nicht mitkommen konnte. Der Knabe ist jetzt neunjährig und hat gegen seine drei älteren Geschwister, denen er an Körperkraft überlegen ist, eine feindselige Haltung entwickelt, weshalb er von diesen wie auch von seinen Schulkameraden gefürchtet und gemieden wird.

VII. Die bestehenden und geplanten Möglichkeiten ärztlicher Hilfe nach Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung

Um entscheiden zu können, was im einzelnen Falle eine wirkliche Hilfe bedeuten kann, ist ein eingehendes Studium der physischen und psychischen Situation jeder einzelnen Patientin unumgänglich.

Es zeigt sich, daß eine negative Einstellung zur Schwangerschaft aus den verschiedensten Ursachen entstehen kann. Alle möglichen Verknüpfungen von Milieu-, Konstitutions-, Schicksals- und Bildungsfaktoren können zu derartigen Konflikten führen. Es läßt sich unter diesen Fällen kein bestimmter psychologischer Typus herausarbeiten. Aber erfahrungsgemäß sind diejenigen Patientinnen, die in der Kindheit als schüchtern und ängstlich galten, der Überwindung einer unerwünschten Schwangerschaft weniger gewachsen als die lebhaften und aufgeschlossenen Naturen.

Jedenfalls ist für unsere Beurteilung und für unser weiteres Vorgehen die Einstellung der *Patientin* ausschlaggebend. In *ihrer* Empfindung kommt die Gesamtheit ihrer psychischen, physischen und sozialen Verhältnisse am wahrsten zum Ausdruck. Aus ihrer Haltung sehen wir auch am besten die seelische

Kraft, über die sie verfügt, um Schwierigkeiten zu überwinden, sowie auch das voraussichtliche Schicksal des Kindes.

Es ist klar, daß wir zugleich mit der Verweigerung einer Interruptio der Patientin helfen müssen, die schwierigere und verantwortungsvollere Lösung zu verwirklichen. Wenn wir sie in diesem Moment sich selbst überlassen, so wird sie sich unverstanden und allein fühlen und irgendeinen anderen verzweifelten Ausweg suchen. Oft können durch Fürsorge und andere öffentliche Institutionen große äußere Sorgen erleichtert werden, aber innere Nöte werden davon kaum berührt. In den Gesprächen mit diesen Frauen zeigte sich, daß sie mehr als materielle Hilfe einen menschlichen Beistand vermißten. Dieser müßte vom Moment der Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung bis zur Geburt des Kindes besonders intensiv und spürbar sein. Derartige Hilfe ist aber nur möglich durch den Einsatz persönlichsten menschlichen Wissens und Gewissens, ohne den wir auch nie aus der Unsicherheit unserer Stellungnahme herauskommen können.

Bewährt hat sich folgendes *Vorgehen in der Basler Frauenklinik:*

1. *Erfassung der Fälle*, womöglich während der *Früh*schwangerschaft und auf breiter Basis, durch Zusammenarbeit aller ärztlichen Polikliniken, der praktischen Ärzte und aller Fürsorgestellen.

2. Zur *Abklärung* der medizinischen, psychischen und sozialen Faktoren sollte in allen Fällen auf Grund von Krankenkassen ein Spitalaufenthalt gefordert werden. Außer der zuverlässigen Untersuchung wird durch den Milieuwechsel allein oft schon eine positive umstimmende Wirkung erreicht.
   In einer wöchentlichen Konferenz kommen der behandelnde Frauenarzt, Psychiater, Seelsorger und die Fürsorgerin zusammen zur gemeinsamen Besprechung dieser Fälle.

3. *Entscheidung*
   Ein Teil der Patientinnen kommt besonders in der späteren Schwangerschaft spontan zu einer positiven Einstellung. Andere finden sich mit ihrer Schwangerschaft ab: das Unausweichliche und Undiskutierbare schafft oft Eingliederung ins Ganze.
   Wo bei unverändert negativer Einstellung eine Interruptio nicht in Frage kommt, werden die so schwerwiegenden Faktoren entsprechend therapeutisch beeinflußt.

In allen Fällen wird die Patientin durch eine kontinuierliche Fürsorge bis zur Geburt begleitet. Außer der Schwangerenfürsorge und einer Beratungsstelle gibt es in Basel jetzt auch vom Frauenspital aus geleitete, freiwillige Patronate für werdende Mütter.

Zusammenfassung

Bei 496 Schwangeren, denen in den Jahren 1943 bis 1951 der Wunsch zur Interruptio abgelehnt wurde, ist nachträglich der weitere Verlauf und das Resultat dieser unerwünschten Schwangerschaften untersucht worden.

Die Fälle wurden in zwei große Gruppen eingeteilt: 1. Schwangerschaft bei verheirateten und 2. bei ledigen Frauen. Außerdem wurden die Fälle von geschiedenen Frauen gesondert betrachtet.

Es wurde festgestellt, daß die überwiegende Mehrzahl der Schwangerschaften ausgetragen wurde, sowohl bei den verheirateten als auch bei den ledigen Müttern. Es zeigte sich jedoch ein großer Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen im Bezug auf die heutige Einstellung der Mutter: die Mehrzahl der Verheirateten steht heute positiv zu ihrem zuerst unerwünschten Kind, die Mehrzahl der Ledigen aber negativ und indifferent.

Auch haben sich die Kinder der verheirateten Mütter körperlich und seelisch weit besser entwickeln können. Die gesonderte Betrachtung verschiedener Altersgruppen zeigt, daß negative Tendenzen mit zunehmendem Alter stärker hervortreten.

Direkt mit der Schwangerschaft zusammenhängende Todesfälle sind bei Müttern beider Gruppen gleich häufig und wurden ausführlich beschrieben. Ebenso sind einzelne Fälle von Schwangerschaften bei über 40jährigen und bei an Lungentuberkulose, Mitralvitium, Diabetes mellitus, multipler Sklerose und genuiner Epilepsie leidenden Frauen eingehend dargestellt worden.

Resumé:

Dans 496 cas de femmes enceintes, chez lesquelles le désir d'une interruption de grossesse a été refusé dans les années 1943 à 1951, l'évolution ultérieure de ces grossesses non-désirées a été examinée.

Ces cas ont été répartis en deux grandes catégories: 1° grossesse chez des femmes mariées et 2° chez des célibataires. En outre les cas de femmes divorcées ont été considérés en particulier.

On a constaté que la plus grande partie des femmes ont porté leur grossesse à terme, aussi bien les mariées que les célibataires. Cependant une grande différence entre les deux groupes se manifeste en ce qui concerne l'attitude actuelle de la mère: la plus grande partie des mariées adoptent aujourd'hui une attitude positive à l'égard de leur enfant d'abord non-désiré, mais le plus grand nombre des célibataires sont aujourd'hui négatives ou indifférentes.

Il est évident que les enfants de femmes mariées ont pu se développer bien mieux physiquement et psychiquement. Ayant groupé les enfants par âge, on a vu que des tendances négatives se manifestent davantage à un age avancé.

Le nombre des cas de décès en rapport direct avec la grossesse est égal chez les femmes des deux groupes. Ils ont été étudiés à fond. On a aussi décrit en détail des cas de grossesse chez des femmes de plus de 40 ans et dans des cas de tuberculose pulmonaire, vice cardiaque, diabète, sclérose en plaques et épilepsie essentielle.